



**A N K I E T A**

**POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**IMIĘ I NAZWISKO**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**WIEK: ………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**ZAINTERESOWANIA ………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Czas powstania niepełnosprawności:**

 od urodzenia

 w wyniku wypadku

 w wyniku choroby

**Posiadany stopień niepełnosprawności:**

 znaczny stopień niepełnosprawności/I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji

 umiarkowany stopień niepełnosprawności/II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy

**Rodzaj niepełnosprawności:**

 osoba niewidoma

 osoba słabowidząca

 osoba niedosłysząca

 osoba niepełnosprawna ruchowo poruszająca się na wózku inwalidzkim

inne schorzenia - proszę podać jakie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 **Czy korzysta Pan/Pani ze wsparcia środowiskowego na terenie miasta?**

 tak, jakiego..............................................................................

 nie

**Czy korzysta Pan/Pani z pomocy finansowej ze strony instytucji publicznych?**

 nie

 tak, proszę podać, z jakiej pomocy Pan(i) korzysta:

 renta socjalna

 renta z tytułu niezdolności do pracy

 renta rodzinna

 świadczenia rodzinne

 zasiłek stały

 zasiłek dla bezrobotnych

 inne: .........................................................................

**Czy należy Pan/Pani lub działa w organizacji pozarządowej?**

 nie

 tak, proszę podać nazwę organizacji: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………................................................

**W jakim budynku Pan/Pani mieszka?**

Można zaznaczyć max dwie odpowiedzi

w domku jednorodzinnym

w budynku do 3 piętra

 w budynku powyżej 3 piętra

w budynku wyposażonym w windę

w budynku bez windy

 innym, proszę wpisać jakim? …………………………………………………………………………………………………..

**Ile osób mieszka wspólnie z Panem/Panią?**

 3

 4

 5 lub powyżej

 0

 1

 2

**Jak najczęściej porusza się Pan/Pani w domu?**

poruszam się samodzielnie

 poruszam się samodzielnie korzystając z pomocy, np. kul, balkonika

 poruszam się korzystając z pomocy innej osoby poruszam się na wózku inwalidzkim

jestem osobą leżącą

**Jak często wychodzi Pan/Pani z domu?:**

 codziennie

 kilka razy w tygodniu

 kilka razy w miesiącu

 jestem osobą niewychodzącą

**Proszę zaznaczyć, jakie bariery utrudniają Panu/Pani wychodzenie z domu, w którym Pan/Pani mieszka:**

można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź

wysokie krawężniki

 brak podjazdu

brak ławek do odpoczynku przed dalszą drogą

brak możliwości podjechania samochodem pod dom inne utrudnienia, jakie?

nie dotyczy, nie ma takich barier

brak windy

brak poręczy

schody

 nierówny chodnik/dziury w chodniku

**Proszę wskazać najczęsztsze kierunki wyjścia z domu:**

praca / szkoła

 lekarz / rehabilitacja

urząd

 inne

**Czy porusza się Pan/Pani po mieście samodzielnie tj. bez udziału osób trzecich?**

często

rzadko

nigdy

W przypadku udzielenia odpowiedzi rzadko lub nigdy proszę wskazać dlaczego?

..............................................................................................

..............................................................................................

...............................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………

**Czy korzysta Pan/Pani z funkcjonującej na terenie miasta komunikacji miejskiej?**

często

rzadko

nigdy

W przypadku udzielenia odpowiedzi rzadko lub nigdy proszę wskazać dlaczego

.....................................................................................................

.....................................................................................................

......................................................................................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

…....................................................................................

(Imię i nazwisko)